

Informe de Lesión o Enfermedad Ocupacional

Hoja de Referencia

Esta hoja de referencia es para asistir al trabajador en llenar el formulario, Informe de Lesión o Enfermedad Ocupacional (Report of Injury or Occupational Disease)

Primera página del formulario - Copia de Labor e Industrias (L&I Copy)

Informe de Lesión Industrial o Enfermedad Ocupacional

Este informe es una solicitud para beneficios de seguro industrial del Fondo Estatal de Washington, administrado por el Departamento de Labor e Industrias. Somos responsables de asegurar atención médica rápida para trabajadores que sufren una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo. Si Ud. es elegible, pagaremos sus facturas médicas y una porción del salario perdido si no puede trabajar. Este informe tiene secciones para ser completadas por Ud., el médico que atiende su lesión o enfermedad y su empleador. Cada sección será considerada en la toma de una decisión sobre su solicitud para beneficios.

PARA MEJOR SERVICIO:

- **Use un bolígrafo y presione fuerte. La última página del informe es para Ud. Por favor revísela antes de completar el formulario.** Contiene información sobre su solicitud, sus derechos legales, una lista de nuestros centros de servicio y una tarjeta de identificación que puede ser usada para recibir servicios médicos necesarios para el tratamiento de su lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo.
- **Conteste todas las preguntas completamente.** Sus respuestas nos permitirán tomar una decisión sobre su solicitud. Sin información completa, sus beneficios podrían ser demorados.
- **Reporte su estado civil, número de dependientes e información de su salario incluyendo beneficios médicos, dentales y de la vista.** Esta información es usada para calcular los beneficios de tiempo perdido o sustitución de salario si no puede trabajar debido a una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo.
- **Describa el accidente en detalle.** Si un brazo fue lesionado en una caída, díganos que brazo fue y cómo ocurrió la caída.

Idioma Preferido (Marque con círculo): inglés español ruso coreano chino vietnamita camboyano otro

ESCRIBA CON LETRAS DE MOLDE EN FORMA LEGIBLE

1. Nombre (Primero, segundo, apellido)
2. Sexo Masculino Femenino
3. Número de seguro social
4. Teléfono residencial
5. Fecha de nacimiento (mes, día, año)
6. Dirección residencial
Ciudad Estado Código postal
7. Estatura en pies y pulgadas
8. Peso en libras
9. Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial) (número y calle o número de apartado postal)
10. Estado civil Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Soltero(a) Divorciado(a)
11. Niños dependientes. Incluya niño no nacido aún, estimando la fecha de nacimiento. Los beneficios serán basados, en parte, en el número de niños dependientes. Si no tiene custodia legal, complete el número 13. Nombre Parentesco con el trabajador Custodia legal (Sí No) Fecha de nacimiento (mes, día, año)
12. Cónyuge (Nombre)
13. Nombre y dirección del tutor legal de los niños
14. Fecha de la lesión (mes/día/año)
15. Hora de la lesión (AM o PM)
16. Turno de trabajo (Día Tarde Noche)
17. Parte del cuerpo lesionado o expuesto (tobillo-derecho, dedo índice - derecho, pulmones, etc.)
18. Describa en detalle cómo se lesionó o cómo fue expuesto. Incluya herramientas, maquinaria, substancias químicas o humos que podrían ser involucrados
19. ¿Estaba haciendo su trabajo normal? Sí No
20. ¿Dónde ocurrió la lesión o exposición a una condición dañina?
Propiedad del empleador Sitio de trabajo Otro
21. Dirección donde ocurrió la lesión o exposición
Nombre del negocio si ocurrió allí
Dirección Condado
Ciudad Estado Código postal
22. ¿Fue este incidente causado por una falla maquinaria, de un producto o por alguien que no es un compañero de trabajo? Sí No Posiblemente
23. Escriba el nombre de los testigos
24. ¿Cuándo regresará a trabajar?
25. ¿Cuándo fue la última vez que trabajó?
26. ¿Reportó el incidente a su empleador? (Nombre y título de la persona a quien lo reportó)
27. Fecha en que lo reportó.
28. En el día que Ud. se lesionó, ¿estaba su empleador contribuyendo al seguro médico, dental o de la vista de Ud. o su familia? Sí No
29. Nombre de la empresa de su empleador
30. Tipo de negocio
31. ¿Cuánto tiempo ha trabajado allí? Años Meses Semanas Días
32. Número de teléfono del empleador
33. Dirección del empleador
Ciudad Estado Código postal
34. Título de su trabajo y responsabilidades
35. Tarifa del salario en este trabajo \$ Hora Semana Día Mes
36. Horas por día
37. Días por semana
38. Ganancias adicionales (promedio diario) \$ Trabajo a destajo/pieza Propinas Comisiones Bonificaciones
39. ¿Cuántos trabajos con sueldos tiene?
40. Es Ud.: Dueño Socio Oficial Corporativo No Aplica
Accionista Corporativo Director Corporativo Cobertura Opcional
41. Firma. **Nota: Lea las notificaciones legales en la última página**
Yo hago constar que estas declaraciones son verdaderas a mi leal saber y entender. Al firmar este formulario, les doy permiso a médicos, hospitales o clínicas de facilitar los reportes médicos hechos por ellos u otros al Departamento de Labor e Industrias.
Fecha de hoy (mes-día-año)

Última página – Copia del trabajador (Worker's Copy)

Por favor lea cuidadosamente esta hoja. Es su copia del reporte que Ud. registró con el Fondo Estatal de Washington. Le explicará el proceso del seguro industrial y le dirá que servicios debe de recibir y donde puede obtener asistencia si la necesita. El Fondo Estatal de Washington es administrado por el Departamento de Labor e Industrias. Si Ud. es elegible, pagaremos los gastos médicos para el tratamiento de su lesión o enfermedad ocupacional relacionada con su trabajo y una parte del salario perdido si no puede trabajar.

TENGA PRESENTE LO SIGUIENTE:

Guarde este reporte y otro material relacionado con su reclamo para referencia en el futuro.

Este es su número de reclamo:

Por favor úselo cuando se ponga en contacto con nosotros sobre su reclamo:

Nombre	Fecha de la lesión
--------	--------------------

Si necesita ayuda, llame a nuestra Oficina de Información y Asistencia al 1-800-547-8367.

Este número no significa que su reclamo ha sido aprobado. Debe de usarse para identificación mientras obtiene servicios médicos necesarios para el tratamiento de su lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo.

- **Elija un médico.** Ud. puede elegir a cualquier médico que esté calificado para atender su lesión y que sea conveniente para usted. Los médicos calificados incluyen: médicos, osteópatas, quiroprácticos, medicina natural y podiatras, dentistas, optometristas y oftalmólogos. Para más información llame al 1-800-547-8367.
- **No pague las facturas médicas para el tratamiento** de esta lesión o enfermedad solamente a menos que reciba notificación que hemos rechazado su reclamo. A petición, páguele a la farmacia y pida el formulario del Departamento de Labor e Industrias *Statement for Pharmacy Services* (Declaración para servicios de farmacia). Mándenos el formulario ya completado con sus recibos. Lo reembolsaremos si Ud. es elegible.
- **Envíe la información requerida.** Ocasionalmente, su gerente del reclamo le pueda pedir más información. Por favor envíela rápidamente. Sin ello, no podemos seguir procesando su reclamo.
- **Llámenos. Díganos si cambia su dirección o si cambia de médico.** Si tiene preguntas o inquietudes, llame a su gerente del reclamo o al centro de servicios más cercano o nuestra Oficina de Información y Asistencia al 1-800-547-8367.
- **Manténgase en contacto con su empleador.** Si pierde tiempo en su trabajo, asegúrese de mantener al día a su empleador sobre el progreso de su recuperación. Converse sobre la posibilidad de otro trabajo transitorio que pueda realizar hasta que pueda regresar a su trabajo normal.
- **Comuníquese con su médico.** Si no puede trabajar, Ud. y su empleador deben de usar el médico como un recurso. El médico asegurará que las opciones de trabajo de transición sean aplicadas a tiempos apropiados.
- **Guarde la tarjeta de identificación provista en esta página.** Se debe de usar mientras que esté recibiendo servicios médicos.

NOTIFICACIONES LEGALES

Cualquier persona que a sabiendas da información falsa en un reclamo o solicitud para recibir beneficios de seguro industrial, será culpable de delito mayor, clase C; cuando el reclamo involucre \$500 dólares ó más. Si el reclamo involucra menos de \$ 500, la persona será culpable de un delito menor RCW 51.48.020 (Código Revisado de Washington 51.48.020)

Ud. no está requerido en darnos su número de seguro social. Lo pedimos para facilitar la administración de su reclamo de seguro industrial.

Si tiene preguntas, el Departamento de Labor e Industrias tiene 20 centros de servicio para asistirlo. Por favor llame al centro de servicio más cercano o a nuestra Oficina de Información y Asistencia al 1-800-547-8367. Los números de teléfono están escritos en las páginas blancas del directorio telefónico bajo **Washington State of**.

Un trabajador sufre una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo.

Un reclamo de seguro industrial tiene que ser registrado a tiempo. Reclamos por lesiones tienen que ser registrados dentro de un año desde la fecha del accidente. Reclamos por enfermedades ocupacionales tienen que ser registrados dentro de dos años desde la fecha en que reciba una notificación escrita de un médico sobre su condición.

Después que haya completado la sección del trabajador de este informe, déselo a su médico para que complete la sección médica. Su doctor le dará la última página para sus records y enviará la copia original del formulario al Department de Labor e Industrias.

SE NECESITA INFORMACIÓN ADICIONAL

Si necesitamos más información para tomar una decisión sobre su reclamo y si Ud. no puede trabajar por más de tres días consecutivos después de su lesión, pagaremos una parte de su salario provisionalmente. Si su reclamo es rechazado más tarde, tendrá que reembolsar esos beneficios.

Cuando recibamos por parte de su médico el Informe de Lesión Industrial o Enfermedad Ocupacional (*Report of Industrial Injury or Occupational Disease*), le enviaremos una notificación de recibo de su reclamo (*Notice of Claim Arrival*). Al mismo tiempo, el reporte será enviado a nuestro personal de reclamos, donde será revisado. Si no recibe la notificación dentro de 14 días, por favor llame a su médico para verificar que el reporte fue enviado.

DECISIÓN DEL DEPARTAMENTO

Su gerente del reclamo aceptará o rechazará su reclamo.

ACEPTADO

Si su reclamo de seguro industrial es aceptado, pagaremos los gastos médicos relacionados con el tratamiento de su lesión o enfermedad ocupacional del trabajo.

RECHAZADO

Si su reclamo de seguro industrial es rechazado, Ud. puede protestar la decisión. Esto tiene que ser hecho por escrito dentro de 60 días a partir de la fecha en que recibió la notificación de decisión rechazando su reclamo (*Notice of Decision*).

INCAPACITADO PARA TRABAJAR

Si su médico indica que perderá más de tres días de trabajo, podría ser elegible para beneficios de compensación por tiempo perdido. El propósito de los beneficios de compensación por tiempo perdido es de substituir parte de su salario mientras que no pueda trabajar. La cantidad de beneficios es fijada por la ley y está basada en su estado civil, número de niños dependientes y en su salario al momento de su lesión o exposición a condiciones dañinas.

Debe de recibir una notificación de decisión (*Notice of Decision*) y su primer cheque de beneficios por tiempo perdido dos semanas después de haber recibido la notificación de recibo de reclamo (*Claim Arrival Notice*). Al mismo tiempo, le enviaremos una copia de la Guía de Beneficios del Seguro Industrial para Trabajadores. Lea esta guía cuidadosamente. Le explicará sus derechos y responsabilidades bajo las leyes del seguro industrial de Washington.

Además de los beneficios médicos y de compensación por tiempo perdido, se pueden ofrecer servicios para ayudarlo a regresar al trabajo lo más pronto posible.

EN CAPACIDAD DE TRABAJAR

Si no perdió más de tres días de trabajo debido a su lesión o enfermedad, tiene derecho solamente a los beneficios médicos.

Cuando se haya completado su tratamiento médico, le enviaremos una notificación de decisión sobre beneficios médicos (*Notice of Decision on Medical Benefits*). Esta notificación le hará saber que sus facturas médicas serán pagadas y que su reclamo está por cerrarse.

CIERRE DEL RECLAMO